

Wojciech Pędich

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

# **Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych ludzi starych**

Słowa kluczowe: opieka zdrowotna, geriatria, ludzie starzy

## **1. Wprowadzenie**

### **1.1. Zdrowie jako uwarunkowanie aktywności człowieka**

Aktywność człowiek wraz z upływem lat ulega stopniowemu ograniczaniu. Jest to uwarunkowane nie tylko samym procesem starzenia się ale także stanem zdrowia oraz wpływami warunków życiowych. W okresie starości wszystkie te czynniki manifestują się w sposób szczególny i wzajemnie na siebie oddziałują. Obniża się przez to standard życiowy ludzi starych, co w przypadku niekorzystnego przebiegu starości prowadzi do utraty zdolności samodzielnego bytowania i wymaga zorganizowanej opieki. Właściwe postępowanie profilaktyczne we wcześniejszych fazach życia i odpowiednia opieka zdrowotna w starości mają zasadniczy wpływ na utrzymanie sprawności i poprawę stanu zdrowia starego człowieka oraz oddalają niebezpieczeństwo trwałego uzależnienia od opieki ze strony innych osób.

### **1.2 Człowiek stary jako pacjent**

„Starość ma swoją specyfikę, ale jest przy tym niejednorodna pod względem biologicznym, zdrowotnym i socjalnym. Z tego względu wszelkie plany podejmowane na rzecz osób starych powinny zakładać duży „margines swobody” oraz umożliwiać przystosowanie realizacji tych planów, zależnie od zaawansowania wieku, stanu zdrowia i sprawności oraz sytuacji socjalnej i ekonomicznej każdej pojedynczej osoby” (Pędich 2008: 194).

Typową sytuacją starszego wieku jest współistnienie u tej samej osoby kilku przewlekłych procesów chorobowych, tj. wielochorobowość (*multimorbidity*). Prowadzi ona do wielu niekorzystnych następstw: zacierania się różnic między objawami spowodowanymi starzeniem się i współistniejącymi chorobami, trudności

diagnostycznych, opóźnienia właściwego rozpoznania, a tym samym opóźnienia wdrożenia właściwej terapii i gorszego rokowania co do wyleczenia. Wielochorobowość powoduje skłonność osób chorych do stosowania nadmiernej liczby leków (*overmedication*), przyjmowania leków niezgodnie z zaleceniami lekarza (obniżony *compliance*) lub bez wskazań lekarskich.

Zaawansowany wiek oraz choroby towarzyszące starości obniżają sprawność ruchową i utrudniają samodzielne wykonywanie czynności dnia codziennego (ADL – *activity of daily living*). Choroby wieku starszego wymagają więc łączenia leczenia farmakologicznego z wczesną rehabilitacją ruchową w okresach ostrej choroby i rekonwalescencji (zasada wczesnego uruchamiania), a także w chorobach przewlekłych trwale ograniczających sprawność.

Istnieje wyraźna współzależność wpływu czynników biologicznych i społecznych. Zarówno ostre, jak i przewlekłe, choroby wieku starszego z reguły powodują pogorszenie sytuacji materialnej i społecznej. Jest to spowodowane nie tylko kosztami stosowania coraz droższych środków farmakologicznych, nie w pełni refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ale także kosztami i dostępnością do droższych lub bardziej nowoczesnych sposobów leczenia (np. protezowanie słuchu, implanty stawów, zabiegi kardiochirurgiczne). Dodatkowe koszty są związane z transportem osób niepełnosprawnych, zapewnieniem dłuższej opieki pielęgnacyjnej w warunkach domowych oraz adaptacją mieszkań do potrzeb niesprawnych osób. Wszystkie te świadczenia są teoretycznie dostępne, jednak ograniczane do środków najtańszych, nie zaś najlepszych, co pośrednio prowadzi do marginalizacji osób w wieku poprodukcyjnym w ich środowisku życiowym i w kontaktach społecznych. Stąd rodzi się postulat równoczesnej oceny potrzeb społecznych i zdrowotnych i wspólnego postępowania profilaktycznego, diagnostycznego, leczniczego i wspierającego, co wymaga większej koordynacji pomiędzy placówkami służby zdrowia i placówkami pomocy społecznej. Słuszną uwagę poczyniła J. Twardowska-Rajewska (2005: 48), pisząc, że „seniorzy posiadają wiele cech ‘modelowej ofiary dyskryminacji’”. Są słabi fizycznie, zazwyczaj samotni. Starości towarzyszą często także inne cechy, które czynią osoby starsze podatnymi na gorsze traktowanie: ubóstwo, niesprawność, przewidywalność zachowań”.

Potrzeby osób starych, zarówno w obszarze ochrony zdrowia, jak i w dziedzinie opieki społecznej, są wyższe od potrzeb młodszych pokoleń, a zwiększająca się liczba osób starych we współczesnych społeczeństwach wskazuje na konieczność coraz większych nakładów finansowych na świadczenia zdrowotne i społeczne. Niestety, nasz kraj nie należy do przodujących w tej dziedzinie. Nakłady finansowe na cele społeczne – w tym na ochronę zdrowia – są w Polsce znikomą niższe niż w większości krajów europejskich (Petrasova 2007).

W badaniach ankietowych przeprowadzanych w środowiskach ludzi starych w Polsce, na pytanie dotyczące ich przyszłości osoby starsze bardzo często wyrażają obawy przed utratą sprawności fizycznej lub psychicznej oraz utratą samodzielności życiowej (Synak 2000). Wyniki te potwierdzają, że najważniejszą potrzebą starszych osób w sferze somatycznej, psychologicznej i społecznej jest zachowanie

samodzielności i niezależności w takim stopniu i tak długo, jak będzie to możliwe. Jest to jednym z podstawowych zadań i obowiązków decydentów i organizatorów polityki społecznej wobec ludzi starych (Pędich 2000: 57).

### **1.3. Prawo do ochrony zdrowia jako prawo obywatelskie człowieka starego**

Powszechnie prawo do ochrony zdrowia jest w Polsce gwarantowane przez konstytucję. Gwarancje te odnoszą się w sposób oczywisty także do populacji ludzi starych. Polska ratyfikowała międzynarodowe porozumienia, zawarte między innymi w *Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych* (Nowy Jork 1966), w *Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności* (Rzym 1950) i *Europejskiej Karcie Socjalnej* (Turyn 1961) [ratyfikowana z ograniczeniami, 1997, Dz.U. 1999, nr 8, poz. 67]. Zasada głoszona w ostatniej dekadzie przez Światową Organizację Zdrowia *La sante pour tous – Health for All*, podkreślająca równość wszystkich ludzi w dostępie do ochrony zdrowia, niezależnie od ich wieku i płci, jest powszechnie akceptowana i nie budzi zastrzeżeń politycznych ani moralnych. W praktyce zasady te są niekiedy ograniczane lub modyfikowane, zależnie od możliwości lub potrzeb. Czasami dotyczy to osób starszych i może mieć charakter dyskryminacyjny.

Polskie Towarzystwo Gerontologiczne już przed wieloma laty zwracało uwagę na te problemy. Znalazło to wyraz w ekspertyzie *Prawa obywatelskie ludzi starych w Polsce a europejskie deklaracje praw człowieka*, opracowanej przez zespół autorów z ramienia PTG (Szatur-Jaworska, Halicka, Pędich 1996: 20) Pisaliśmy wtedy: „Są kwestie, w których ludzie starzy doznają ograniczenia swoich praw. Przyczyny tych ograniczeń ulokować można na dwu płaszczyznach: regulacji prawnych i sposobu realizacji uprawnień. Mówiąc o przejawach ograniczenia praw, wyodrębnić należy dwie sytuacje: dyskryminację rozumianą jako odmienne i gorsze traktowanie ludzi starych tylko z racji ich zaawansowanego wieku, oraz niepełne respektowanie praw ludzi starych”. W zakończeniu ekspertyzy podkreślono, że „nie wydaje się potrzebne ani uzasadnione przyznanie ludziom starym szczególnych uprawnień i rozbudowywanie ich praw grupowych. Wskazane luki i uchybienia w stanowieniu i realizacji prawa winny zostać wyeliminowane w sposób respektujący zasadę równości obywateli i jednocześnie uwzględniający specyficzne potrzeby ludzi starych”. Dziś nadal można zgodzić się z tą opinią.

## **2. Analiza sytuacji w zakresie zaspokajania potrzeb zdrowotnych ludzi starych**

### **2.1. Aktualne normy prawne i zasady odnoszące się do ochrony zdrowia ludzi starych w Polsce – wybrane przykłady i ich komentarze**

**2.1.1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej** z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483) Rozdz. II. Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela:

**Art. 32.** 1. Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. 2. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny.

**Art. 33.** 1. Kobieta i mężczyzna w Rzeczypospolitej Polskiej mają równe prawa w życiu rodzinnym, politycznym, społecznym i gospodarczym. 2. Kobieta i mężczyzna mają w szczególności równe prawo do kształcenia, zatrudnienia i awansów, do jednakowego wynagradzania za pracę jednakowej wartości, do zabezpieczenia społecznego oraz do zajmowania stanowisk, pełnienia funkcji oraz uzyskiwania godności publicznych i odznaczeń.

**Art. 38.** Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia.

**Art. 68.** 1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. 3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Konstytucja RP nie odnosi się bezpośrednio do ochrony zdrowia osób starszych. Artykuł 32 i 33 wskazują na równość wobec prawa, art. 32 pkt. 2. zakazuje dyskryminacji „z jakiejkolwiek przyczyny”, zaś art. 33 pkt 2. mówi o równym prawie do zabezpieczenia społecznego. Artykuł 38 zapewnia każdemu „prawną ochronę życia”, co można pośrednio odnieść także do starań o utrzymanie przy życiu osób ciężko chorych lub w zaawansowanej starości. Jedynie w art. 68, stanowiącym, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, użyte zostało *expressis verbis* określenie „osoby w wieku podeszłym”. Punkt 3. tego artykułu zobowiązuje władze publiczne do „zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej ... osobom niepełnosprawnym i osobom w wieku podeszłym”. Artykuł 68 Konstytucji RP uprzywilejowuje osoby starsze, zobowiązując władze publiczne do otaczania tych osób szczególną troską w zakresie ochrony zdrowia. Zwracam uwagę, że użyte w art. 68 określenie „wiek podeszły” jest niejednoznaczne i może budzić kontrowersje interpretacyjne.

### 2.1.2. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

*Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz.U. z 2009, nr 52, poz. 417)<sup>1</sup> jest podstawowym aktem prawnym w odniesieniu do praw pacjentów w starszym wieku. Poniżej przytaczam wybrane fragmenty ustawy wraz z nasuwającymi się komentarzami (moimi) zaznaczonymi kursywą. Taki sposób prezentacji ułatwi wskazanie na niepełną zgodność tych gwarancji z codzienną praktyką placówek ochrony zdrowia w stosunku do osób starszych.

Art. 2. „Przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych”.

Art. 4.2. „W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego”. *Często można się zetknąć z umieraniem chorych na korytarzach szpitali lub w wieloosobowych salach, bez zapewnienia dyskrecji, pomocy w cierpieniu i towarzyszeniu umierającemu w jego ostatnich godzinach życia. Sytuacja taka narusza prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności. Odnosi się to szczególnie do pacjentów niepełnosprawnych lub w bardzo zaawansowanej starości.*

Art. 5. „Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1, także ze względu na możliwości organizacyjne zakładu”. *Ograniczenia „ze względu na możliwości organizacyjne zakładu” są sprzeczne z zasadą obowiązku zapewnienia równej dostępności do świadczeń zdrowotnych i mogą stać się formą dyskryminacji osób starszych.*

Art. 6. 1. „Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej”.

Art. 6.2. „Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń”. *Pacjent ma wprowadzić określone prawa, jednak w praktyce często staje przed koniecznością rezygnowania z ich realizacji. Obecnie limitowanie dostępności do spe-*

---

<sup>1</sup> Przypis nr 5 do *Ustawy*: Wobec nieuchwalenia ponownie przez Sejm zawetowanej przez Prezydenta ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. - Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia niniejsza ustawa wejdzie w życie w terminie określonym w odrębnej ustawie, która zostanie ogłoszona niezwłocznie po jej uchwaleniu przez Parlament i podpisaniu przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

*cjalistycznych gabinetów lekarskich i badań diagnostycznych, są codziennym, powszechnym zjawiskiem, wynikającym z niewydolności placówek leczniczych. Osoby starsze, mniej sprawne, są narażone na trudności z dotarciem do lekarza, wyczekiwaniem na korytarzach w warunkach nie zapewniających podstawowego komfortu i opieki.*

Art. 8. „Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym”. *Jest to pole do ograniczania niektórych świadczeń bądź utrudniania dostępu do nich (np. konieczność kierowania do specjalistów przez lekarzy opieki podstawowej, ustalanie wielotygodniowych, a nawet ponadrocznych kolejek do poradni specjalistycznych lub zabiegów, na podstawie lokalnych zarządzeń kierownictwa zakładu.*

Art. 11.1. „Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym”. *Niewłaściwie stosowane formy informacji, szczególnie w odniesieniu do osób starszych (treść informacji, wielkość liter uniemożliwiających przeczytanie informacji przez osoby starsze z upośledzonym wzrokiem, trudności zrozumienia tekstu wynikające z wykształcenia lub środowiska życiowego osoby w starszym wieku).*

Art. 13. „Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego”. *Nieznanomość właściwej interpretacji pojęcia tajemnicy zawodowej sprzyja niedochowywaniu tajemnicy, szczególnie częste w odniesieniu do osób niesprawnych, o złym rokowaniu oraz bardzo starych (np. dzielenie się informacjami z osobami spoza rodziny lub z personelem niemedycznymi na temat diagnozy i niepomyślnego rokowania).*

Art. 16. „Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9”. *Pacjenci w starszym wieku, szczególnie o niższym statusie socjalnym, są często traktowani przedmiotowo, bez uwzględnienia ich praw podmiotowych do wyrażania lub niewyrażania zgody.*

Ogólnie biorąc, zakres zbierania informacji, sposób prowadzenia rozmowy z pacjentem i podmiotowe traktowanie pacjenta przez lekarzy (w mniejszym stopniu przez pielęgniarki) jest daleki od przyjętych zasad stosowanych w krajach Zachodniej Europy. W tej materii bardzo ciekawe i mało znane są książki: „Rozmawiać z pacjentem” (Gordon, Edwards 2009) i „Wywiad motywujący w ochronie zdrowia” (Rollnick, Miller, Butler 2010).

## 2.2. Zasady geriatrycznej opieki zdrowotnej i ich realizacja

Odmienność starczej patologii powinna znaleźć odpowiednik w odmienności systemu opieki zdrowotnej nad ludźmi starymi. Należy kierować się powszechnie przyjętą w geriatricznym zasadą „zintegrowanej opieki nad człowiekiem starym” (*comprehensive geriatric care*), polegającej na całościowej ocenie potrzeb (integracja metod i środków), zespołowej realizacji tych potrzeb (współdziałanie placówek ochrony zdrowia, opieki socjalnej i innych struktur komunalnych) oraz na priorytecie celu, jakim jest utrzymanie niezależności (*independence*) zdrowotnej, materialnej i psychicznej starego człowieka.

Zmiany demograficzne zachodzące w Polsce sprawiają, że wszystkie dziedziny medycyny stają się poniekąd „medycyną geriatryczną” (Pędich 2006). Włączenie opieki zdrowotnej nad osobami starszymi do ogólnego systemu ochrony zdrowia ma swoje dobre i złe strony. Z jednej strony, integracja opieki zdrowotnej zapobiega marginalizacji osób w podeszłym wieku, z drugiej – stwarza pewną barierę dla rozwoju geriatricznej oraz obniża standardy opieki geriatricznej.

W opiniach Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego (Bień, Pędich 1998; Pędich 2000) wyrażaliśmy pogląd, że właściwym rozwiązaniem organizacyjnym opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi jest współdziałanie placówek podstawowej opieki medycznej (lekarze rodzinni, szpitale terenowe) z wyspecjalizowanymi placówkami geriatricznymi, zarówno w lecznictwie ambulatoryjnym, jak i szpitalnym. Współpraca ta powinna stanowić podstawę systemu i spełniać postulaty: powszechności, długotrwałości, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych. Ważnym elementem systemu ochrony zdrowia obywateli w wieku starszym (w założeniu co najmniej 65-letnich) jest zapewnienie harmonijnej i spójnej współpracy z placówkami pomocy społecznej. Uzasadnieniem takiego współdziałania jest art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, nakładający na władze publiczne obowiązek „zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku”.

### 2.2.1. Elementy opieki geriatricznej w placówkach podstawowej opieki medycznej

Placówką właściwą dla sprawowania podstawowej opieki zdrowotnej nad ludźmi starymi powinien być *gabinet lekarza rodzinnego* i jego zespołu, wyszkolonego w zakresie odmienności postępowania z pacjentami w starszym wieku. Jedynie te placówki gwarantują łatwy, codzienny dostęp do pomocy lekarskiej, długotrwałość opieki zdrowotnej oraz – pod warunkiem właściwego przygotowania lekarzy rodzinnych w dziedzinie geriatricznej – odpowiedniej jakości usług medycznych ludziom w starszym wieku. Lekarz rodzinny powinien stać się *sui generis* „geriatricą pierwszej linii”.

Opieka lekarza rodzinnego nad ludźmi starszymi powinna mieć charakter czynny, pożądane jest, aby lekarz przeprowadzał okresowe badania kontrolno-profilaktyczne osób w starszym wieku oraz współpracował ze specjalistycznymi placówkami geriatrycznymi (geriatryczne poradnie konsultacyjne). Lekarz rodzinny ma możliwość bliskich kontaktów z ośrodkami pomocy rodzinie, korzystania z ich ocen w zakresie potrzeb socjalnych ludzi starych oraz występowania z inicjatywą udzielania pomocy osobom znajdującym się doraźnie lub trwale w trudnej sytuacji ekonomicznej. Lekarz rodzinny może też wywierać wpływ na sposób życia i środowisko domowe osób starszych, poprzez organizowaną oświatę zdrowotną i swój osobisty autorytet. Ważnym elementem opieki podstawowej powinna być możliwość korzystania z placówek rehabilitacji leczniczej oraz domowej. Jest sprawą wielkiej wagi, aby lekarze rodzinni zrozumieli i docenili zadania stojące przed nimi w zakresie opieki nad osobami w starszym wieku oraz aby przyswoili sobie zasady holistycznej oceny potrzeb swoich podopiecznych.

Niestety, te – słuszne w swoim założeniu postulaty – pozostają w sprzeczności z obecną sytuacją lekarzy rodzinnych. „Lekarze rodzinni poddani są presji ekonomicznej (szukania oszczędności). Umowy z NFZ określają limity ilości i czasu trwania wizyt, liczby zleconych badań diagnostycznych, co w dużym stopniu obniża standard porad udzielanych osobom starszym. Lekarz zmuszony jest bezustannie dokonywać wyboru, kogo leczyć, a kogo nie, przy czym podejmowane decyzje coraz słabiej osadzone są w kontekście etycznym” (Twardowska-Rajewska 205: 48). Współpraca z placówkami pomocy rodzinie napotyka często na obustronną niechęć, pogłębianą nieznaną przepisów administracyjnych. Daleka od przeciętnych oczekiwań jest możliwość uzyskania pomocy w warunkach domowej opieki nad ludźmi w późnej starości, trwale uzależnionymi od pomocy innych osób. Ciekawe badania Barbary Bień i wsp. (Bień 2006) nad warunkami opieki rodzinnej pogłębiają wiedzę w tej dziedzinie.

Podyplomowe szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu geriatrii – choć ulega powolnej poprawie – jest niedostateczne w stosunku do liczby lekarzy pierwszego kontaktu i zakresu poruszanych tematów. Znamienne jest w ostatnich latach uzupełnianie kwalifikacji niektórych lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych poprzez uzyskiwanie specjalizacji z geriatrii, ten proces nie jest jednak odpowiednikiem postulatu doksztalcania lekarzy rodzinnych z zakresu geriatrii. W obecnej rzeczywistości lekarze rodzinni są pod presją norm, ograniczających trwanie pojedynczej porady i głębsze przemyślenia klinicznych problemów. W obecnie obowiązujących zasadach rejonizacji została zagubiona możliwość oddziaływania profilaktycznego na mieszkańców określonego rejonu zamieszkania. Brak konsultacyjnych poradni geriatrycznych, uniemożliwia podnoszenie umiejętności lekarzy rodzinnych w ich codziennej pracy i uniemożliwia pełnienia przez nich roli „geriatry pierwszej linii”.



### **2.2.2. Specjalistyczne zakłady opieki geriatrycznej w publicznej służbie zdrowia**

Projekt Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego zakładał istnienie poradni geriatrycznych, jako jednostek konsultacyjnych dla lekarzy rodzinnych i lekarzy innych specjalności, oraz oddziałów geriatry w szpitalach szczebla powiatowego (lub dzielnicowego w dużych miastach). Projekt PTG nie określał umiejscowienia placówek geriatrycznych, ani zakresu ich działań. Zwracaliśmy jednak uwagę, aby poradnie geriatryczne miały charakter konsultacyjny i nie dały się sprowadzić do roli zastępczej wobec poradni rejonowych (czego chcieliby niektórzy lekarze rodzinni i większość pacjentów). Głównym celem geriatry jest utrzymanie sprawności ludzi starych i umożliwienie im samodzielnego bytowania w naturalnym środowisku. Rolą konsultacyjnych poradni geriatrycznych (np. na poziomie powiatu) powinno więc być nie tylko prowadzenie pogłębionej diagnostyki geriatrycznej, ale także prowadzenie działań mających na celu podnoszenie poziomu wiedzy lekarzy rodzinnych, wdrażanie zasad postępowania geriatrycznego w placówkach rehabilitacyjnych na terenie powiatu i szerzenie profilaktyki geriatrycznej. Wysoki poziom wiedzy lekarzy posiadających specjalizację z geriatry oraz łączenie leczenia farmakologicznego z rehabilitacją geriatryczną jest oczywistym wymogiem w poradniach geriatrycznych.

Osoby starsze nie powinny napotykać na trudności hospitalizacji, motywowane wiekiem pacjenta. Istnieje uzasadniona potrzeba organizowania w szpitalach szczebla podstawowego oddziałów geriatry, ukierunkowanych na kompleksową diagnostykę i terapię geriatryczną oraz usprawnianie osób starych hospitalizowanych wcześniej w innym oddziale szpitalnym. Ze względu na swoje zadania oddziały geriatry powinny być zwolnione od dyscypliny czasowej, limitującej długość hospitalizacji, oraz posiadać odpowiednio przeszkolony personel i sprzęt fizjoterapeutyczny. W swoim założeniu oddziały geriatryczne nie są równoważne z oddziałami dla przewlekle chorych, ani z oddziałami pielęgnacyjno-opiekuńczymi, przeznaczonymi dla pacjentów nie rokujących szybkiej poprawy stanu zdrowia lub wyleczenia.

Postulaty zgłaszane od lat przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne nie wiązały się z dużymi nakładami finansowymi, a jedyną trudnością ich realizacji była mała liczba lekarzy geriatrów. Mimo to nigdy nie zostały spełnione, głównie ze względu na coraz większe ograniczenia finansowe i administracyjne służby zdrowia oraz na limitowanie przez NFZ kosztów i czasu trwania hospitalizacji, co skłaniało dyrektorów szpitali do likwidowania nielicznych oddziałów geriatrycznych, a w efekcie spychanie i tak niedostatecznie licznych geriatrów na straconą pozycję opieki nad osobami nieuleczalnie chorymi i pensjonariuszami domów pomocy społecznej, a w najlepszym razie do roli szeregowego lekarza rodzinnego. Sytuacja ta, utrzymująca się po dziś dzień, uniemożliwia realizację zasady wysokiego poziomu usług geriatrycznych i uzyskanie wysokiego autorytetu tej specjalności. Narusza ona

także obowiązujące w Polsce regulacje prawne: artykuł 68 *Konstytucji RP* oraz artykuł 6 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

Jednym z istotnych bieżących problemów jest zapewnienie osobom w późnej starości właściwej opieki pielęgnacyjnej i socjalnej, opieki terminalnej oraz dostępu do hospicjów, dotychczas przeznaczonych wyłącznie dla nieuleczalnie chorych z powodu nowotworów.

### **2.2.3. Rola Uniwersytetów Medycznych w kształceniu z zakresu geriatrii**

W Uniwersytetach Medycznych oraz w dużych ośrodkach pozaakademickich potrzebne są kliniki geriatrii (tj. oddziały gerontologii klinicznej) oraz inne specjalistyczne ośrodki geriatryczne, przeznaczone zarówno do celów diagnostyki i terapii geriatrycznej, jak też do celów dydaktycznych (nauczanie studentów, specjalizacja z geriatrii, szkolenie podyplomowe lekarzy rodzinnych z zakresu geriatrii). Nie wszystkie Uniwersytety Medyczne uwzględniają w programie studiów lekarskich przedmiot „gerontologia” lub „geriatria”, nie ma też ujednolicenia takich programów.

Specjalizacja lekarzy w dziedzinie geriatrii jest możliwa po wcześniejszym uzyskaniu innej specjalności klinicznej, głównie specjalności lekarza internisty. Powołanie krajowego specjalisty w dziedzinie geriatrii oraz opracowanie jednolitego programu specjalizacji pozwoliło w ostatnich latach na uporządkowanie procesu specjalizacji w geriatrii (Grodzicki 2002). Ten system sprzyja uzyskaniu głębokiej wiedzy geriatrycznej, jednak nie zwiększa motywacji do specjalizowania się w geriatrii. Wprawdzie w okresie ostatniego pięciolecia ponad dwukrotnie wzrosła liczba lekarzy przystępujących do egzaminu specjalistycznego z geriatrii, jednak najczęściej są to lekarze poradni internistycznych, którzy po ukończeniu specjalizacji powracają na dotychczas zajmowane stanowiska. Taka sytuacja nie odpowiada potrzebom wynikającym z przemian demograficznych, ani nawet zaspokajaniu bieżących zobowiązań publicznej służby zdrowia wobec osób starszych. Z zadowoleniem obserwuje się zwiększenie aktywności dydaktycznej placówek akademickich, które organizują kursy doszkalające z wybranych dziedzin geriatrii. W 2011 roku planuje się 12 takich kursów (CMKP 2011).

### **2.2.4. Polityka zdrowotna wobec osób starszych**

Polityka zdrowotna w Polsce nie uwzględnia w wyraźny sposób potrzeb ludzi starych ani nie prowadzi do wdrażania zasad współczesnej geriatrii. Przeciwnie, nasiliło się zubożenie placówek ochrony zdrowia, zwiększyła się długość oczekiwania na porady specjalistyczne i hospitalizację (skrajny, ale nie odosobniony przykład

to 75-letni mieszkaniec Wrocławia, wpisany na zabieg wszczepienia endoprotezy kolana na luty 2028 roku (Gazeta Wyborcza z 8.02.2010)). Wzrasta strefa ubóstwa, pogarszają się wskaźniki zdrowotne, obecny system refundacji leków uniemożliwia emerytom dostęp do nowoczesnych środków farmakologicznych. Wzrosły obciążenia finansowe pacjentów w starszym wieku (odpłatność za leki, utajona „szara strefa” usług medycznych). Stan opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi w Polsce jest zaprzeczeniem zasad współczesnej gerontologii i pozostaje w sprzeczności z prognozami demograficznymi dla naszego kraju.

W ostatnich latach podejmowane są nowe działania, które mają na celu poprawę jakości opieki medycznej nad osobami w starszym wieku, a także przedyskutowanie nowych propozycji. Jedną z takich inicjatyw jest opracowany przez zespół gerontologów projekt nowej „strategii rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia” (Grodzicki i wsp. 2007). Ważne są też prace nad projektem „standardów świadczeń usług medycznych w specjalności geriatry” (Derejczyk i wsp. 2010). W wymienionym projekcie struktura geriatrycznego systemu ochrony zdrowia, zasadniczo zgodna z propozycjami Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, została wzbogacona o nowe formy organizacyjne (np. Geriatryczny zespół opieki domowej, Geriatryczny zespół konsultacyjny). Proponowane standardy znacznie wykraczają poza dzisiejsze możliwości służby zdrowia, pod względem zarówno strukturalnym, jak i wymogów kadrowych.

## 2.3. Dyskryminacja osób starszych w ochronie zdrowia

Dla uzyskania odpowiedzi, czy w ochronie zdrowia istnieje dyskryminacja osób starszych, trzeba rozważyć zakres tego pojęcia w odniesieniu do omawianego tematu. Moim zdaniem, pojęcie dyskryminacji należy rozważać w trzech kategoriach.

**2.3.1. Dyskryminacja formalna.** W Polsce dyskryminacja ludzi starych w zakresie ochrony zdrowia formalnie nie istnieje. W praktyce można jednak znaleźć przejawy dyskryminacji wynikające z nie dość precyzyjnych sformułowań w aktach prawnych, z wadliwej struktury służby zdrowia (np. brak określenia pozycji geriatry w systemie ochrony zdrowia), z niedostatków finansowych NFZ (np. ograniczony limit przyjęć do szpitali lub przychodni specjalistycznych) oraz z przyznania prawa wydawania zarządzeń i ograniczeń przez władze niższego szczebla (np. ograniczenia w dostępie starszych pacjentów do niektórych świadczeń, dyskwalifikacja do zabiegu ze względu na wiek).

**2.3.2. Dyskryminacja nieformalna** przejawia się w codziennej praktyce niektórych placówek ochrony zdrowia (np. okazywanie niechęci w stosunku do pacjentów w starszym wieku, niedokładnie przeprowadzany wywiad i badanie lekarskie, forma zwracania się do osób starszych naruszająca ich godność (paternalizm), lekceważenie zgłaszanych przez nich skarg).

Przejawem pośredniej dyskryminacji osób starszych są administracyjne zarządzenia Narodowego Funduszu Zdrowia: ograniczona dostępność niektórych świadczeń medycznych (np. ograniczenia finansowania przez NFZ okularów – wymiana okularów jedynie po upływie określonego czasu), ograniczenia w otrzymywaniu aparatów słuchowych (tylko jednostronne protezowanie słuchu w ramach świadczeń NFZ, przy bardzo wysokich, niedostępnych dla starszych osób cenach aparatów słuchowych), limitowanie dostępności do wysoko specjalistycznych zabiegów (np. kwalifikowanie do dializy pozaustrojowej), do zastosowania implantów (np. sztuczne stawy biodrowe) lub do niektórych zabiegów operacyjnych (co wynika często z obawy dużego ryzyka, nienowoczesnego podejścia lekarzy zabiegowych, a także ograniczeń środków finansowych). Ograniczona jest też dostępność do zabiegów rehabilitacyjnych, szczególnie prowadzenia rehabilitacji geriatrycznej w miejscu zamieszkania osób starszych o zmniejszonej sprawności lokomocyjnej. Pośrednią formą dyskryminacji mogą być, spotykane w niektórych miejscowościach ograniczenia dostępności bezpłatnego transportu do placówek służby zdrowia, trudne – a czasami wręcz koszarne – warunki oczekiwania starych ludzi w poczekalniach, obojętny lub niegrzeczny stosunek personelu pomocniczego (rzadziej pielęgniarzek i lekarzy) do pacjentów w późnym wieku.

Szczególną formą pośredniej dyskryminacji jest ukryta „szara strefa”, wpływająca na jakość i czas uzyskania świadczeń. Dotyka to w szczególnym stopniu ludzi starszych, którzy mają mniejsze zasoby finansowe oraz mniejsze możliwości protekcji ze strony osób zajmujących wpływowe stanowiska. Zjawiska tego w zasadzie nie obserwuje się w placówkach medycyny podstawowej, co znajduje wyraz w (na ogół) pozytywnych ocenach lekarzy rodzinnych i lekarzy ośrodków zdrowia przez pacjentów w starszym wieku (Halicka, Pędich 1997).

**2.3.3. Dyskryminacja z powodu niedostatecznego standardu opieki geriatrycznej.** Istnieją określone i znane zasady zintegrowanej opieki geriatrycznej, polegające na wspólnym planowaniu i realizacji opieki nad pacjentami w późnym wieku przez zespoły wielospecjalistyczne. Chodzi tu szczególnie o współpracę między placówkami ochrony zdrowia i placówkami pomocy społecznej, ale także możliwość wspólnej realizacji opieki zdrowotnej, psychologicznej, socjalnej, materialnej, prawnej itd. Niedobory w tym zakresie ilustruje dobrze dokument *The Older Person's Charter of Standards* opracowany przez Międzynarodowe Towarzystwo Gerontologiczne, dotyczący postulowanych praw pacjentów geriatrycznych. Wymieniane w dokumencie standardy w znacznym stopniu odbiegają od możliwości uzyskania takich świadczeń w Polsce (Pędich 2007).

Trudności wdrożenia zasad zintegrowanej opieki geriatrycznej wynikają w dużej mierze z niewłaściwego programu kształcenia studentów na wydziałach lekarskich Uniwersytetów Medycznych oraz w mniejszym stopniu także wydziałów pielęgniarzkich i innych zawodów medycznych. Skutkuje to niedostatecznym przygotowaniem absolwentów Uniwersytetów Medycznych i innych wyższych szkół zawodów medycznych, do nowoczesnej obsługi pacjentów w starszym wieku, a szczególnie do realizacji zasady kompleksowej opieki geriatrycznej. Te same

uwagi dotyczą programów kształcenia podyplomowego lekarzy rodzinnych, które pomijają problematykę geriatryczną lub ograniczają jej zakres. Pozostaje to w rażącym kontraście do zauważalnych trendów demograficznych, wskazujących na stałe zwiększanie się liczby i odsetka osób starych w społeczeństwach (także w Polsce). Tendencje te powinny skłaniać do przemyślenia nie tylko odrębności klinicznych patologii wieku starszego, ale przede wszystkim do zrewidowania dotychczasowej struktury opieki zdrowotnej i socjalnej nad osobami starszymi. Starania Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, także w formie ekspertyz składanych w Ministerstwie Zdrowia, nie miały, jak dotąd, znaczącego wpływu na postawy decydentów. Trzeba jednak przyznać, że w ostatnich latach ta dziedzina polityki społecznej zaczyna być zauważana przez władze.

### **3. Diagnoza i rekomendacje dotyczące zaspokajania potrzeb zdrowotnych ludzi starych**

#### **3.1. Diagnoza**

3.1.1. Obecna struktura publicznej służby zdrowia w Polsce w istocie nie różni się od struktury wprowadzonej w okresie PRL. Cechuje ją centralizacja i hierarchia. Wprawdzie podstawowym źródłem finansowania jest system ubezpieczeń zdrowotnych, jednak pośrednictwo Narodowego Funduszu Zdrowia pozwala na autorytarne podejmowania decyzji przez NFZ. Hierarchia opierała się i nadal się opiera na trzech poziomach organizacyjnych: podstawowym (lekarze rejonowi = lekarze rodzinni), powiatowym (poradnie specjalistyczne i szpitale powiatowe), wojewódzkim (poradnie wysoko specjalistyczne i szpitale wojewódzkie). Nadzór merytoryczny podlegał i nadal podlega specjalistom wojewódzkim i specjalistom krajowym (w poprzednim okresie był on jednak bardziej rzeczowy). Akademia Medyczna stała i nadal pozostaje na szczycie tej hierarchii pod względem kompetencyjnym, oraz stanowi podstawową bazę dydaktyczną i naukową. Prywatna praktyka lekarska stanowiła i nadal stanowi marginalne, ale w praktyce bardzo istotne uzupełnienie publicznych placówek ochrony zdrowia.

3.1.2. System opieki zdrowotnej nad ludźmi starymi w Polsce jest zaprzeczeniem zasad współczesnej gerontologii i nie uwzględnia obecnej sytuacji demograficznej naszego kraju ani prognoz demograficznych.

3.1.3. Obecny stan opieki zdrowotnej nad osobami starszymi narusza prawa ludzi starych do ochrony zdrowia i przybiera formy dyskryminacji.

3.1.4. Odmienność starczej patologii nie znajduje odpowiednika w odmienności systemu opieki zdrowotnej nad ludźmi starymi.

3.1.5. W obecnej strukturze opieki zdrowotnej nie ma określonego miejsca dla lekarza geriatry, który powinien być swoistym „konsultantem w sprawach starzenia”.

- 3.1.6. W kontraktach NFZ nie stosuje się standardów geriatrycznych.
- 3.1.7. Pod naporem zjawisk demograficznych wszystkie dziedziny medycyny stają się „medycyną geriatryczną”. Dlatego też kluczową rolę w profilaktyce starzenia i ochronie zdrowia osób starszych powinien odgrywać lekarz rodzinny, dobrze przygotowany do tych zadań.
- 3.1.8. Struktura służby zdrowia w jej obecnej postaci nie sprzyja realizacji podstawowych zadań opieki zdrowotnej i socjalnej, jakim jest utrzymanie ludzi starych przez jak najdłuższy okres w stanie możliwie największej sprawności, samodzielności i niezależności
- 3.1.9. W programach dydaktycznych Uniwersytetów Medycznych oraz w kształceniu podyplomowym nie uwzględnia się w dostatecznym stopniu tematyki geriatrycznej i gerontologicznej.
- 3.1.10. Liczba lekarzy specjalistów geriatrii jest niedostateczna w stosunku do potrzeb. Brak jest także ustalonego miejsca lekarzy geriatro w strukturze ochrony zdrowia.
- 3.1.11. Specjalistyczne poradnie i oddziały geriatryczne pozostają poza zainteresowaniem decydentów i administratorów służby zdrowia (obserwuje się proces likwidacji i tak nielicznych oddziałów geriatrycznych w szpitalach).
- 3.1.12. Nie prowadzi się żadnej planowej działalności w zakresie profilaktyki starzenia.
- 3.1.13. NFZ nie kontraktuje w dostatecznym stopniu usług z zakresu rehabilitacji geriatrycznej oraz opieki pielęgniarstwa nad niesprawnymi osobami w starszym wieku.
- 3.1.14. Istnieją trudności w dostępie osób w zaawansowanej starości do placówek opieki paliatywnej (poza chorobami nowotworowymi).
- 3.1.15. Nie zapewnia się właściwej opieki osobom trwale przewlekle chorym i niesprawnym w późnej starości, pozostawiając je głównie na opiece rodziny.

## **3.2. Rekomendacje**

Wymienione powyżej elementy oceny stanu ochrony zdrowia ludzi starych w Polsce pozwalają na sformułowanie następujących zaleceń:

- 3.2.1. Przeprowadzenie głębokich reform w strukturze i sprawności opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę także szczególne potrzeby ludzi starych oraz możliwość rozwoju specjalistycznych placówek geriatrycznych.
- 3.2.2. Podnoszenie wiedzy decydentów różnych szczebli administracji państwowej i samorządowej w zakresie problemów i uprawnień ludzi starych.
- 3.2.3. Propagowanie w publikacjach naukowych tematu uprawnień przysługujących osobom starym do właściwych dla ich wieku świadczeń zdrowotnych.
- 3.2.4. Zmiana procedur obowiązujących w publicznej ochronie zdrowia, na rzecz tych uwzględniających odmienność patologii wieku starszego i potrzeb osób starych.

- 3.2.5. Systematyczne szkolenie lekarzy rodzinnych w zakresie klinicznej odmienności patologii wieku starszego i zasad zintegrowanej opieki geriatrycznej.
- 3.2.6. Zwiększenie liczby lekarzy specjalizujących się w geriatrii i lekarzy specjalistów geriatrów oraz zapewnienia im miejsc pracy odpowiednich do ich kwalifikacji.
- 3.2.7. Obligatoryjne wprowadzenie do programów Uniwersytetów Medycznych przedmiotu „Geriatra i gerontologia”, na wydziałach lekarskich i innych wydziałach związanych z ochroną zdrowia.
- 3.2.8. Uwzględnienie w kontraktach z NFZ odmienności procedur w geriatrycznych placówkach służby zdrowia.
- 3.2.9. Zniesienie zależnych od wieku ograniczeń dostępu do niektórych badań diagnostycznych i profilaktycznych (np. mammografia)
- 3.2.10. Prawne uregulowania zasad i form opieki długoterminowej nad osobami niepełnosprawnymi lub w zaawansowanej starości (opieka domowa i hospicyjna).

## Literatura

- Bień B., Pędich W. (1998), *The place of geriatrics in the health care system in Poland*, [w:] *Geriatric programs and departments around the world*. (ed) J. Michel and all, Springer Verlag, Paris, 1998.
- Bień B. (red) (2006), *Family caregiving for the elderly in Poland*, Wyd. Uniwersyteckie Trans Humana, Białystok.
- CMKP (2011), *Wykaz kursów specjalizacyjnych w roku 2011. Geriatra*. <http://www.cmkp.edu.pl/str/kursy.php?kat=110&rok=2011&hdr=spec> (data dostępu 8.8.2011)
- Derejczyk J., *Standardy świadczeń usług medycznych w specjalności geriatra –propozycje*, <http://www.hospicjum-domowe.poznan.pl/pliki/standardy.pdf> (data dostępu: 4.02.2010)
- Gordon T. H., Edwards W. S. (2009): *Rozmawiać z pacjentem*.- Wyd. Academica, SWPS, Warszawa.
- Grodzicki T. i wsp. (2002): *Program specjalizacji w geriatrii*, CMKP, Warszawa. [http://www.cmkp.edu.pl/programy\\_pdf/Geriatra.pdf](http://www.cmkp.edu.pl/programy_pdf/Geriatra.pdf) (data dostępu: 10.08.2011)
- Grodzicki T. i wsp. (2007): *Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia. Projekt*. [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/51\\_geriatra\\_13072011.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/51_geriatra_13072011.pdf) (data dostępu: 10.08.2011)
- Halicka, M., Pędich W., Szatur-Jaworska B. (1996): *Prawa obywatelskie ludzi starych w Polsce a Europejskie Deklaracje Praw Człowieka*.- *Ekspertyza Pol. Tow. Gerontologicznego*, „Gerontologia Polska” 4(2), s. I-XLIII
- Halicka M. Pędich W., (1997) *Działania samopomocowe ludzi starszych*.- Wyd. Akademii Medycznej, Białystok.
- Petrasova A., (2007), *Living conditions and welfare*. “Population and social conditions, Social protection EU », 99, pdf.
- Pędich W., (2008), *Zdrowotna charakterystyka starości*, w: *Sytuacja demograficzna Polski, raport 2007-2008*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.

- Pędich W., (2000), *System opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w Polsce.*- [w:] *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, Biuletyn Biura Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu, Warszawa.
- Pędich W. (2006), *Procesy starzenia się człowieka.* [w:] *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, red T.Grodzicki, J.Kocemba, A.Skalska, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk.
- Pędich W. (2000) , *Postulaty Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego dotyczące opieki nad ludźmi starszymi w reformowanym systemie ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] *Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny. (Materiały seminarium naukowego)*, Wyd. Szkoła Zdrowia Publicznego, Łódź, 2000 str. 19-30.
- Pędich W. (2007), *Karta Standardów Osoby Starszej – w X rocznicę jej uchwalenia*, „Gerontologia Polska”, t. 15, s. 160-165.
- Rollnick S., Miller W., Butler C. (2010), *Wyniaid motywujący w ochronie zdrowia*, Wyd. Academica, SWPS, Warszawa.
- Synak B., (red) (2002), *Polska starość.*- Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Szatur-Jaworska B., Halicka M., Pędich W. (1996), *Prawa obywatelskie ludzi starych w Polsce a europejskie deklaracje praw człowieka*, „Polityka Społeczna”, 23(10).
- Twardowska-Rajewska J. (2005), *Dyskryminacja ze względu na wiek w obszarze ochrony zdrowia* (w:) *Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek?*, Wyd. ARFwP, Warszawa 2005, s.48-58.

## **Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych ludzi starych**

**Streszczenie:** Potrzeby zdrowotne ludzi starych wynikają z nakładania się na siebie trzech czynników: fizjologicznego procesu starzenia się, odrębności patologii wieku starczego oraz warunków socjoekonomicznych. Wszystkie te czynniki wymagają zintegrowanej oceny potrzeb zdrowotnych i socjalnych, aby umożliwić jak najdłuższe samodzielne bytowanie starego człowieka w jego naturalnym środowisku życiowym.

Powszechne prawo do ochrony zdrowia jest w Polsce gwarantowane przez konstytucję. Jednakże obecne uregulowania prawne nie uwzględniają zachodzących procesów demograficznych (starzenie się społeczeństwa) i nie zapewniają ludziom starym odpowiedniej opieki zdrowotnej. Obecna struktura polskiej służby zdrowia uniemożliwia prowadzenie zintegrowanej oceny potrzeb starszego pacjenta i ich zaspokajanie w zakresie opieki zdrowotnej. Zbiurokratyzowane przepisy narzucone przez Narodowy Fundusz Zdrowia ograniczają możliwość prawidłowego prowadzenia diagnostyki i terapii geriatrycznej i są niezgodne z przyjętymi w cywilizowanym świecie standardami opieki geriatrycznej. Poprawa tej sytuacji wymaga poszerzenia wiedzy geriatrycznej wszystkich pracowników ochrony zdrowia (w tym także kadry zarządzającej), obligatoryjne nauczanie geriatry na wydziałach lekarskich Uniwersytetów Medycznych, wykształcenie większej liczby lekarzy specjalistów geriatry i zorganizowanie odpowiednio dużej liczby placówek geriatrycznych (przychodnie, oddziały szpitalne, kliniki geriatry).



## **Provision of health needs of the elderly**

**Summary:** Health needs of the elderly result from the overlap of three factors: physiological process of ageing, specificity of old age pathologies and socio-economic conditions. These factors taken together require integrated evaluation of health and social needs, so that the elderly can function in their own natural living environment for as long as possible.

Access to health care for all in Poland is guaranteed by the constitution. However, current legal regulations do not take into account the ongoing demographic processes (the ageing of the society) and hence do not secure the elderly with appropriate health care. The current structure of the Polish health care system does not allow carrying out comprehensive evaluation of the health and social needs of the elderly and providing for them within the existing health care services. Bureaucratic procedures imposed by the National Health Fund (NFZ) limit the possibility of conducting proper diagnostics and geriatric therapy, and are not consistent with the standards of geriatric care within the civilized world. In order to improve this situation it is necessary to increase geriatric knowledge of all employees of the health care system (including the managerial staff), to introduce obligatory geriatric courses at all medical schools, to train more physicians specializing in geriatrics and to organize sufficient number of geriatric units (out-patient clinics, geriatric wards and geriatric in-patient clinics in university hospitals).

**Key-words:** health care, geriatrics, elderly